



RICHIESTA DI RIMBORSO ABB.TO/AUT.NE PER LA SOSTA NEL CENTRO STORICO DI IMOLA

/R

Il/La sottoscritto/a _____ tel./cell. _____ titolare
dell'abb.to/aut.ne n° _____ data inizio validità ____/____/____ data fine validità
____/____/____ con validità di mesi

6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	----	----	----

DICHIARA di voler rinunciare al suddetto abbonamento e **CHIEDE** presso gli uffici di Area Blu Spa il
rimborso del periodo non utilizzato dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare
la data fine validità dell'abb.to) per un totale di mesi

--	--

 (indicare il num. dei mesi non utilizzati) per il

- seguente motivo:
1. Demolizione del veicolo (si allega atto di demolizione)
 2. Furto del veicolo (si allega denuncia di furto)
 3. Cambio residenza (autocertificazione di residenza)

Oltre alla documentazione richiesta nel relativo punto, si allega anche tagliando cartaceo dell'abbonamento e tessera per il parcheggio a sbarre (quest'ultima solo per i possessori).

Data richiesta _____ Firma del richiedente _____

IL SOTTOSCRITTO E' A CONOSCENZA CHE:

- Il rimborso si effettua solo per abbonamenti la cui validità sia uguale o superiore a 6 mesi;
- Il rimborso dell'abbonamento si effettua solo per le richieste la cui motivazione rientri tra i punti sopra elencati 1, 2, 3 e che sia comprovata da relativa documentazione;
- Il rimborso dell'abbonamento non è garantito qualora la motivazione della richiesta non rientri tra i punti 1, 2, 3. In questo caso, il richiedente dovrà allegare al presente modulo anche la documentazione comprovante tale richiesta e, solo previa attenta valutazione da parte degli uffici, si definirà se autorizzare o meno il rimborso;
- Qualsiasi altra motivazione (vedi punti 1,2 e 3) non consentirà di poter richiedere un ulteriore abbonamento per l'anno in corso.
- Il rimborso viene conteggiato solo sui mesi completi non ancora utilizzati alla data di presentazione della presente richiesta di rimborso.

Data _____ Firma per accettazione _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO AREA BLU

IMPORTO DA RIMBORSARE € _____

SI AUTORIZZA : SI NO *Convalida del Responsabile Area Blu* _____

In data _____ il sig./ la sig.ra _____
ritira la somma di € _____ come rimborso dell'abbonamento n° _____
e dichiara che null'altro gli/le è dovuto da parte della società Area Blu Spa.

Firma per avvenuto ritiro rimborso _____ **FIRMA OP.AREA BLU** _____